

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N° 105

A PROPOS DE ONZE OBSERVATIONS INÉDITES
DE
LUXATIONS TRAUMATIQUES
DE LA HANCHE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 7 Juin 1921

PAR

CHAPOUTOT (Raymond-Pierre-Hippolyte)

Né à Buxières-les-Mines (Allier), le 15 mars 1896

Croix de guerre (3 citations)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

TÉDENAT, professeur, *Président.*

ESTOR, professeur.

ETIENNE, agrégé.

LAPEYRE, agrégé.

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

11, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

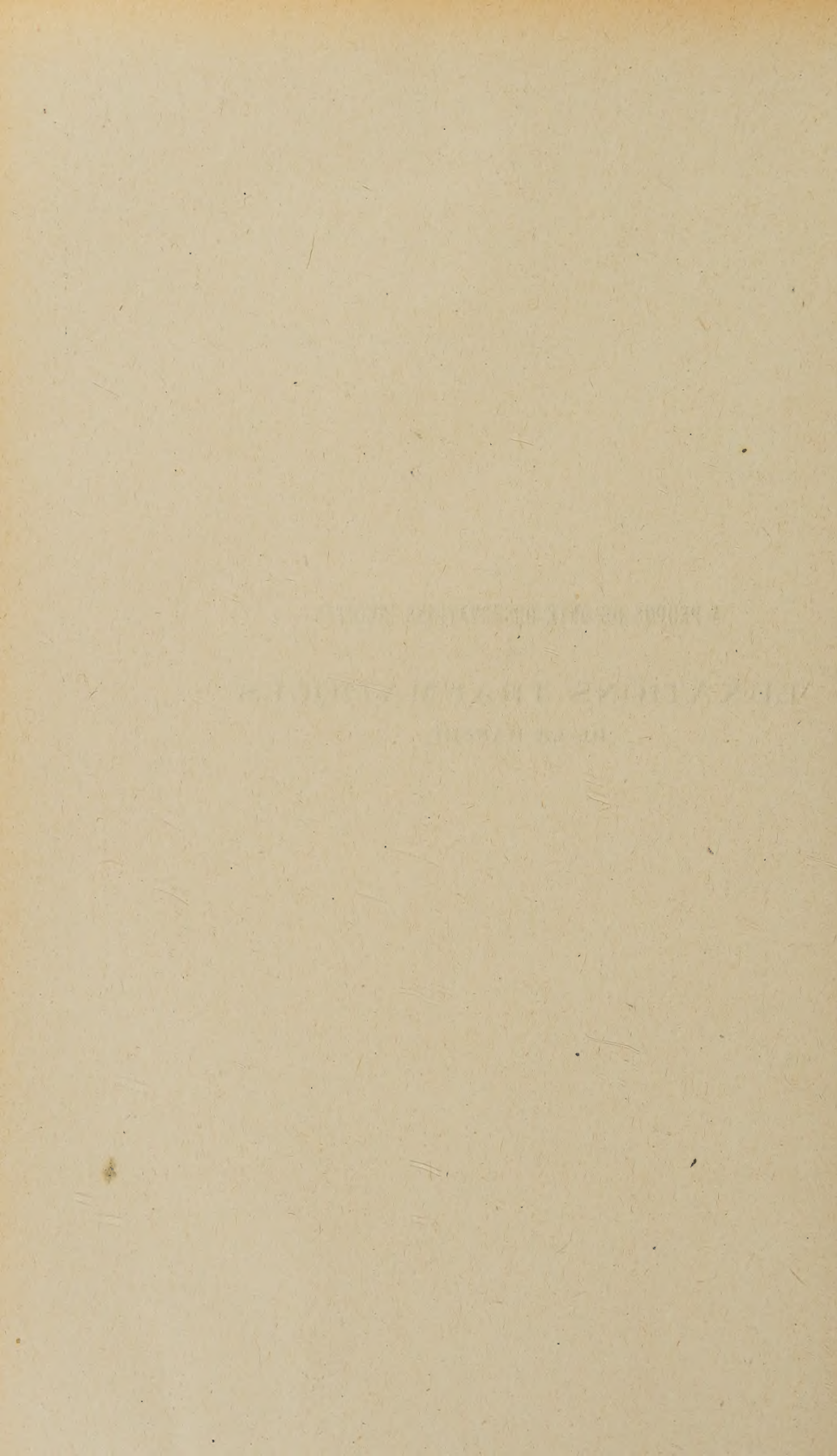
1921

A PROPOS DE ONZE OBSERVATIONS INÉDITES

DE

LUXATIONS TRAUMATIQUES

DE LA HANCHE



UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N°105

A PROPOS DE ONZE OBSERVATIONS INÉDITES
DE
LUXATIONS TRAUMATIQUES
DE LA HANCHE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 7 Juin 1921

PAR

CHAPOUTOT (Raymond-Pierre-Hippolyte)

Né à Buxières-les-Mines (Allier), le 15 mars 1896

Croix de guerre (3 citations)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

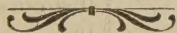
TÉDENAT, professeur, *Président*.

ESTOR, professeur.

ETIENNE, agrégé.

LAPEYRE, agrégé.

Assesseurs

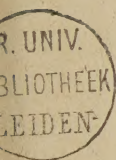


MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1921



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie.....	MM. GILIS.
Histologie.....	VIALLETON.
Physiologie.....	GRYNFELTT.
Physique médicale.....	IEDON.
Chimie biologique et médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique.....	GRANEL.
Microbiologie.....	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales.....	LISBONNE.
Pathologie interne.....	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale.....	N...
Hygiène.....	VIRES.
Médecine légale et toxicologie.....	BERTIN-SANS (II.)
Clinique médicale.....	N...
Clinique chirurgicale.....	DUCAMP.
Clinique obstétricale.....	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	TÉDENAT.
Clinique ophtalmologique.....	FORGUE, <i>assesseur</i>
Clinique des maladies des enfants.....	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	MAIRET.
Clinique gynécologique.....	TRUC.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	BAUMEIL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS et RODET.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie.....	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine.....	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées...	MARGAROT.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale.....	ETIENNE.
Accouchements..	DELMAS (P.).
Pharmacologie.....	GALAVIELLE.
Matière médicale.....	CABANNES.
Stomatologie.....	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine.....	MM. LEENHARDT.	Chirurgie.....	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.)
Anatomie.....	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE.
Chimie.....	DELMAS (J.).	Physique.....	CABANNES.
	MESTREZAT.		PECH.

Examineurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, <i>profesr, président</i> .	MM. ETIENNE, <i>agrégé</i> .
ESTOR, <i>professeur</i> .	LAPEYRE, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE
LE DOCTEUR CHAPOUTOT

A LA MÉMOIRE DE MON TRÈS CHER AMI
LE DOCTEUR PAUL CHADEFAUX

*qu'une mort brutale vient de ravir à
notre fraternelle affection.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

R. CHAPOUTOT.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUSQUET

DIRECTEUR DE L'ECOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MÉDAILLÉ DE 1870-1871

CROIX DE GUERRE

Son enseignement plein de vie et toujours attrayant ; la bienveillance toute paternelle qu'il n'a cessé de nous témoigner ont adouci les difficultés de nos débuts. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueux attachement et de notre inaltérable gratitude.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Respectueux hommage.

A MON JURY DE THÈSE

A TOUS MES MAÎTRES

R. CHAPOUTOT.

A PROPOS DE ONZE OBSERVATIONS INÉDITES

DE

LUXATIONS TRAUMATIQUES

DE LA HANCHE

INTRODUCTION

Il nous a paru intéressant de rapporter onze observations de luxations traumatiques de la hanche qu'a bien voulu nous communiquer notre maître M. le professeur Bousquet.

Cette affection est en effet assez rare et le professeur Mauclore (de Paris) n'en signale que six cas observés en quinze ans de pratique.

Dans un premier chapitre nous rappellerons brièvement l'anatomie de l'articulation.

Nous étudierons ensuite la fréquence des diverses variétés en décrivant le mécanisme et l'anatomie pathologique de la plus commune.

Nous analyserons dans un troisième chapitre les observations que nous présentons et nous étudierons leur symptomatologie et leur diagnostic.

Enfin, après avoir dit quelques mots du pronostic et du traitement, nous donnerons les conclusions auxquelles nous croyons devoir aboutir.

A la fin de nos études il nous reste à remercier ceux qui ont bien voulu nous aider de leurs conseils et de leur exemple. Nous remplirons ce devoir avec joie. Nous exprimerons notre très vive reconnaissance à notre vénéré maître M. le professeur Bousquet : il a inspiré notre travail et le bienveillant intérêt qu'il nous a toujours montré ne s'est jamais démenti.

Nos maîtres de l'Ecole de Clermont et de la Faculté de Montpellier ont tous les droits à notre gratitude pour leur enseignement et la sympathie qu'ils nous ont témoignée.

M. le professeur Tédénat nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous l'en remercions très respectueusement.

ANATOMIE

Nous ne voulons pas faire ici l'anatomie complète de l'articulation coxo-fémorale ; nous ne rappellerons que quelques détails sur la disposition du surtout ligamenteux.

« Dans l'ensemble, la capsule, remarquable par sa force et son épaisseur, représente, d'après Poirier, un cône à base cotyloïdienne dont le sommet tronqué enserre le col fémoral... Il faut se garder d'affirmer, comme on le fait communément, que cette capsule très serrée maintient très solidement la tête du fémur dans la cavité cotyloïde ; cela n'est vrai que dans l'extension extrême qui tord et par conséquent raccourcit la capsule. Dans la flexion moyenne, la capsule coxo-fémorale est assez lâche pour permettre un écart de 1 à 2 cm. entre les surfaces articulaires ; à la hanche comme à l'épaule la pression atmosphérique et la tonicité musculaire interviennent pour maintenir le contact. »

La capsule articulaire présente plusieurs faisceaux de renforcement : l'un d'eux est représenté par un gros ligament très puissant, ligament de Bigelow ou de Bertin : c'est une bandelette fibreuse, triangulaire, en

éventail, dont la partie la plus étroite est en haut. Son insertion supérieure se fait à l'épine iliaque antérieure et inférieure. A partir de ce point les fibres descendent en divergeant et forment deux faisceaux dont l'externe se porte vers le grand trochanter (ligament transversal) et l'interne vers le petit (ligament vertical). Les autres faisceaux de renforcement sont : le ligament ischio-fémoral, à la partie postérieure de l'articulation, qui va du sourcil cotyloïdien à la fossette digitale, et le ligament pubo-fémoral ou préfémoral qui va de la branche horizontale du pubis à la fossette prétrochantérienne. C'est surtout le ligament de Bigelow qui a une grosse importance dans les causes d'irréductibilité des luxations de la hanche.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La statistique de Hamilton relève, sur 104 cas de luxations de la hanche, 55 luxations iliaques, 28 ischiatiques, 13 ovalaires et 8 publiennes. Dans nos 11 observations nous trouvons 4 luxations iliaques, 5 ischiatiques, une ovulaire et une pubienne.

Nous décrirons rapidement le mécanisme et l'anatomie pathologique des deux premières variétés.

La tête fémorale sort le plus souvent par une déchirure inférieure de la capsule: elle est donc primitivement sous-cotyloïdienne.

Luxation sous-cotyloïdienne. — Par une flexion forcée de la cuisse sur le bassin, la tête fémorale distend progressivement la partie inférieure de la capsule, la déchire et par une rupture simultanée du ligament rond devient suffisamment libre pour venir se placer au-dessous du sourcil cotyloïdien. Elle est placée en position instable entre l'échancrure sciatique en arrière et le trou ovale en avant. Sauf la partie inférieure déchirée, la capsule articulaire est intacte, le ligament en Y simplement distendu.

Très rarement la luxation sous-cotyloïdienne se main-

tient dans sa forme typique et c'est seulement pour exposer le mécanisme des luxations iliaques et ischiatiques que nous y avons insisté.

Le plus souvent le membre inférieur, obéissant à la pesanteur ou à la force traumatique continue, est porté dans l'adduction et l'extension. Dans ce double mouvement, la tête fémorale remonte derrière l'acetabulum, désinsérant la capsule jusqu'au moment où elle est arrêtée par un nouvel obstacle : c'est le tendon de l'obturateur interne. Si celui-ci résiste, la luxation est ischiatique : c'est la luxation dorsale basse.

Dans la *luxation ischiatique*, la tête fémorale repose par sa face antérieure sur le muscle obturateur interne qui s'intercale entre elle et la surface osseuse située entre l'épine sciatique et le bord postérieur de la cavité cotyloïde ; en arrière, la tête déborde légèrement l'échancre sciatique. Le ligament en Y intact fixe la cuisse en rotation interne et en flexion, cette flexion étant imposée par la résistance du muscle obturateur interne et de la partie postérieure de la capsule indemnes.

Mais la luxation devient *iliaque dorsale haute* dès que le tendon de l'obturateur interne et la partie postérieure de la capsule cèdent, parce qu'alors la tête peut librement remonter derrière la partie supérieure de la cavité cotyloïde. La cuisse se met en extension, mais reste en rotation interne par traction du faisceau transversal du ligament de Bertin. Plus la luxation devient haute, plus les parties molles périarticulaires sont traumatisées, les muscles pelvitrochantériens sont contus, même en partie déchirés.

Notre observation IX, suivie d'autopsie, met en lumière quelques données anatomo-pathologiques qui, pour n'être pas nouvelles, sont néanmoins intéressantes :

La tête fémorale, complètement libérée de la capsule, s'était creusée une nouvelle cavité articulaire au-dessus de la cotyloïde. Elle reposait sur du tissu musculaire qui à ce niveau avait déjà subi la dégénérescence fibreuse. Une membrane solide, insérée sur les $\frac{2}{3}$ du sourcil cotyloïdien, recouvrait presque entièrement la cavité; c'est elle qui, avec le ligament rond arraché et adhérent, constituait le principal obstacle à la réduction, l'obstacle ligamenteux de Tillaux et de Bigelow.

DIAGNOSTIC

« Dans le doute, dit Tillaux, mieux vaut croire à une luxation qui n'existe pas que d'en méconnaître une qui existe. » Aussi ne faut-il pas craindre de multiplier les examens, sous anesthésie complète si elle est nécessaire ; il faut faire de nombreuses mensurations et exiger de nombreux clichés radiographiques si le diagnostic est difficile. On aura soin de tracer la ligne de Nélaton-Roser et de rechercher la position du grand trochanter par rapport à cette ligne.

On aura à faire le diagnostic avec :

1° *La contusion et l'entorse de la hanche.* — Dans quelques cas ces affections peuvent s'accompagner d'attitudes vicieuses du membre et d'un gonflement considérable de la région qui peut rendre le diagnostic hésitant. Mais dans ces cas il n'y a pas de raccourcissement et si l'on recherche la ligne ischio-iliaque de Nélaton elle côtoie le sommet du grand trochanter. D'ailleurs, d'après Basset, la contusion profonde de la hanche est exceptionnelle et il s'agit le plus souvent de fractures (*Presse Médicale*, 1^{er} décembre 1920).

2° *Fracture du col du fémur.* — Elle est caractérisée

par la rotation externe du membre; elle simule une luxation antérieure, ovalaire ou ilio-pubienne. Mais, dans ces fractures, d'abord le grand trochanter est en place; en outre, dans les luxations antérieures, on sent la tête fémorale au niveau du trou ovale ou de l'éminence ilio-pectinée, qui suit les mouvements imprimés au fémur; enfin, dans la luxation ovalaire la cuisse est allongée de 3 à 5 cm., ce qui n'existe pas dans la fracture du col.

3° *Fractures du sourcil cotyloïdien.* — C'est une lésion très rare et la radiographie tranchera le diagnostic.

4° *Fractures du fond de la cavité cotyloïde avec luxation intrapelvienne de la tête fémorale* (Tédenat, in thèse Maziol, Paris, 1904.— Marquez, thèse Montpellier, 1910. — Dupont, *Presse Médicale*, 17 février 1921).

5° *Fractures de la cavité cotyloïde* (Boyer, thèse Montpellier, 1913).

Dans ces deux derniers cas la radiographie sera d'un grand secours.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Pronostic.

La réduction immédiate est en général aisée et après deux à trois semaines d'immobilisation les fonctions sont récupérées. Si la luxation n'est pas réduite, outre la gêne fonctionnelle importante, il ne faut pas perdre de vue que les malades sont exposés à faire assez rapidement des lésions d'arthrite sèche ; aussi le traitement doit-il être aussi précoce que possible.

Traitement.

En présence d'une luxation de la hanche les anciens essayaient d'abord l'extension légère avec les mains, puis la flexion, la circumduction. Quelquefois on se contentait d'exercer une pression de haut en bas sur la tête de l'os.

Celse pratiquait l'extension et la contre-extension aidées de pressions sur la tête fémorale par l'intermédiaire d'un corps rond. Guy de Chauliac préconisait des

mouvements de bascule joints à l'extension. Jean-Louis Petit fléchissait la jambe sur la cuisse tandis que le malade était couché sur le côté sain.

La flexion, combinée à l'abduction légère et à la traction, constitue la méthode de douceur préconisée en France par Pouteau, à l'étranger par Wiseman et Boulton. Pour ces chirurgiens le principal obstacle était d'abord la contracture, puis plus tard la rétraction musculaire. Il faut arriver à Malgaigne, Tillaux, Bigelow et Hamilton pour découvrir toute l'importance de l'obstacle ligamenteux. La capsule peut devenir cause d'irréductibilité ; notre observation d'une luxation ischiatique suivie d'autopsie vient confirmer cette conception depuis longtemps démontrée.

Pour réduire une luxation de la hanche il faut faire parcourir à la tête fémorale un chemin inverse de celui qu'elle a suivi au moment de l'accident (Tillaux, Anat. topographique, 1877). Desprès père, chirurgien de Bicêtre, avait fait le premier cette remarque empirique dont Bigelow démontra scientifiquement l'exactitude.

Nous empruntons à Adolphe Richard (Pratique journalière de la chirurgie) la description du procédé de Desprès :

« Soit le membre droit luxé ; la main droite empoigne le membre par la partie inférieure du genou, la gauche saisit le bas de la cuisse. On élève ainsi graduellement et doucement la cuisse en la fléchissant de plus en plus sur l'abdomen, la jambe naturellement fléchie. S'il s'agit d'une luxation en arrière, on exagère aussi l'adduction, enfin on termine par une rotation externe pour les luxations postérieures, interne pour les luxations pubiennes et ovalaires. »

Bigelow conseille une méthode spéciale à laquelle nous

avons dû la rentrée de la tête dans notre dernière observation : fléchir la cuisse sur l'abdomen et la mettre ensuite dans l'adduction légère et la rotation en dedans, pour dégager la tête fémorale de derrière le cotyle et enfin la placer dans l'abduction, puis tirer directement en haut (Hamilton, p. 1031).

Si la luxation est ancienne, Bigelow préconise l'emploi d'un trépied placé au-dessus du malade étendu par terre et qui permet d'exercer des tractions sur la cuisse fléchie, dirigées en sens variable selon celui du déplacement.

Quand ces manœuvres échouent, on peut avoir recours à la ténotomie et à l'arthrotomie, à la résection de la tête. L'ostéotomie et l'ostéoclasie donnent quelquefois de bons résultats quand la tête est fixée en position anormale avec attitude très vicieuse du membre.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Luxation iliaque gauche

C... A., 58 ans, cultivateur, entre salle Duprat le 4 juillet 1894.

Le 1^{er} juillet, occupé à charger des pièces de bois il est heurté par l'une d'elles et tombe. Impotence fonctionnelle absolue.

A l'examen, le membre inférieur gauche est en rotation interne. La mobilisation prudente est très douloureuse. La mensuration montre un raccourcissement de 4-5 centimètres. La tête fémorale est très facilement perçue en arrière et en haut.

Le 5 juillet, le blessé est placé à terre sur un matelas et anesthésié. Il suffit d'un simple mouvement de flexion de la cuisse combiné à une rotation en dehors pour amener la rentrée de la tête dans sa cavité. Les deux membres inférieurs sont liés ensemble et le 13 juillet le blessé commençait à marcher avec des béquilles. Il rentrait chez lui le 4 août entièrement guéri.

OBSERVATION II

Luxation iliaque droite

B... A., 37 ans, mineur, entre salle Duprat, le 1^{er} février 1896.

Il est immobilisé dans une gouttière de Bonnet. Le diagnostic de fracture probable du bassin avait été porté.

Le 25 janvier 1896, en travaillant dans une galerie de mine, cet homme a reçu sur la hanche droite un énorme bloc de charbon (200 kilog. environ disent ses camarades). Le 4 février, à l'examen, on constate un raccourcissement de 6 centimètres; le membre inférieur droit est allongé mais en rotation interne complète. Contusions multiples dans la région de la hanche; malgré l'énorme infiltration des tissus on arrive à sentir en arrière le grand trochanter et au-dessus de lui la tête du fémur. Le blessé est porté à la salle d'opérations; étendu sur un matelas et anesthésié au chloroforme. Flexion de la cuisse sur l'abdomen, rotation en dehors; la réduction est assez facile. On remet le malade dans la gouttière de Bonnet. Le 9 février, c'est-à-dire 5 jours après, on constate à la visite du matin que la luxation s'est reproduite spontanément. Réduction facile; pour éviter la récurrence on pratique l'extension continue jusqu'au 22 février. Le 16 mars, le blessé commence à marcher avec des béquilles et peut reprendre ses occupations le 14 mai.

OBSERVATION III

Luxation iliaque gauche

G... B., 56 ans, mineur, est pris sous un éboulement le 10 février 1907. Impotence fonctionnelle totale. Quelques rebouteurs régionaux renommés sont consultés et n'arrivent à aucun résultat. Entre à la salle Duprat le 2 mars.

A l'examen du membre inférieur gauche : rotation en dedans, grand trochanter perçu à 5 cm. au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser, tête fémorale en arrière et en haut. Il est impossible de ramener le membre en dehors.

Réduction le 3 mars ; le malade est chloroformisé : Flexion progressive de la cuisse jusqu'à ce que la tête descende contre l'ischion, mouvement brusque de rotation en dehors et en bas : la tête regagne la cavité cotyloïde. Les deux membres très parallèles sont liés l'un à l'autre. Le 11 mars, le blessé se lève en s'aidant de béquilles, qu'il abandonne rapidement pour reprendre la vie normale.

OBSERVATION IV

Luxation ilio-pubienne droite

M... E., 28 ans, brigadier de chasseurs, fait le 23 octobre 1914 une chute de cheval. A son entrée à l'hôpital

de Belfort, on constate une rotation externe complète du membre inférieur droit, qui repose sur la face externe du pied. Sous l'arcade crurale, à la base et au milieu du triangle de Scarpa, la palpation révèle une tuméfaction dure. Raccourcissement apparent ; allongement réel du membre de 15 mm. Le grand trochanter est à 1 cm. au-dessous de la ligne de Nélaton. Le blessé est endormi ; le procédé de réduction par la méthode de douceur échoue. On met une cravate dans l'aîne ; on fait l'extension dans l'axe, accompagnée de rotation en dedans ; un aide dirige la tête qui cède brusquement et rentre.

OBSERVATION V

Luxation ischiatique droite

L... M..., 50 ans, cultivateur, tombe le 20 mars 1898 du faite d'une meule de foin ; on le relève, la cuisse droite fortement fléchie sous lui en dedans et en arrière. Douleur immédiate très vive et impotence absolue. Un rebouteur épuise sa compétence à exercer de violentes tractions, qui restent sans résultats bien que renouvelées à trois reprises différentes. Le blessé est abandonné deux mois à son malheureux sort, et entre salle Duprat le 27 mai, sans grand espoir de voir les chirurgiens réussir là où avaient échoué les remarquables praticiens auxquels il s'était adressé.

A l'examen du membre blessé, la jambe est fléchie sur la cuisse, le genou droit repose par sa face interne sur la cuisse opposée. Au niveau de la grande échancrure

sciatique, on perçoit nettement la tête fémorale ; le trochanter est situé très en arrière de la ligne de Nélaton. Toute tentative de correction provoque de violentes douleurs, et le patient suit avec tout son corps les mouvements imprimés.

Réduction le 28 mai ; le blessé est mis sur un matelas à terre et chloroformisé. On fléchit la cuisse sur l'abdomen, et par une série de mouvements de rotation on s'efforce de mobiliser la tête fémorale. Après un quart d'heure de manœuvres pénibles, on réalise l'abaissement de la cuisse et le membre reprend sa position normale, sans que l'on ait toutefois perçu le claquement caractéristique de la réduction. Celle-ci peut être affirmée par le repérage des tubérosités osseuses. Les membres inférieurs sont liés parallèlement l'un à l'autre pendant quatre jours. Le 8^e jour le blessé se lève en s'aidant de béquilles et sort guéri le 25 juillet.

OBSERVATION VI

Luxation ischiatique droite

R... J.-M..., 18 ans, garçon boucher, conduisait le 10 avril 1903 un cheval en main, lorsqu'un coup de tête de l'animal projeta violemment son conducteur à terre ; depuis R... ne peut plus marcher et entre à l'Hôtel-Dieu de Clermont le 25 avril 1903.

Examen : Rotation en dedans et adduction du membre inférieur droit ; de légers mouvements en dedans sont conservés, mais il y a impossibilité absolue de ramener

le membre en dehors ; la mensuration faite de l'épine iliaque antéro-supérieure à la tubérosité du tibia donne : à droite 48 cm., à gauche 50 cm. ; les deux centimètres de différence sont retrouvés en haut, du côté blessé où le grand trochanter dépasse largement la ligne de Nélaton.

Réduction le 26 avril. Anesthésie. Flexion de la cuisse sur le thorax de manière à dégager et à abaisser la tête ; mouvement combiné d'adduction avec rotation en dehors ; la tête regagne sa cavité. Cinq jours d'immobilisation. Le blessé sort guéri le 3 mai.

OBSERVATION VII

Luxation ischiatique gauche

St-L... Jean, 12 ans, jouait pendant une récréation le 10 décembre 1910 lorsque, bousculé par un de ses camarades, il fit une chute et ne put se relever ; un médecin appelé aussitôt diagnostiqua une luxation de la hanche et fait prévenir M. le professeur Bousquet.

Examen le 11 décembre : L'enfant est allongé sur son lit, la cuisse gauche fléchie, le membre inférieur en rotation interne. Les tentatives faites pour ramener le membre en dehors ou pour pratiquer l'extension de la cuisse n'aboutissent pas. Le trochanter est remonté au-dessus de la ligne ilio-ischiatique.

Réduction : L'enfant est endormi, la jambe fléchie sur le bassin ; puis des mouvements combinés de rotation en dehors et de tractions font rentrer aisément la tête dans sa cavité ; la réduction est confirmée par un bruit

sec caractéristique et par la facilité avec laquelle le membre gauche est susceptible de prendre toutes les positions. La mensuration des deux membres ramenés dans le parallélisme donne exactement la même longueur ; immobilisation pendant quatre jours. Huit jours après, l'enfant guéri reprend la vie normale.

Nous ferons remarquer, à propos de cette observation, que les luxations de la hanche sont très rares chez l'enfant. Les traumatismes sont habituellement suivis de fractures ou de décollements épiphysaires.

Dans les onze observations que nous présentons nous avons la bonne fortune de relever une luxation consécutive à une chute chez un enfant de 12 ans, une autre chez un adolescent de 15 ans entraîné par une courroie de transmission.

« Deux cas de luxations traumatiques de la hanche chez l'enfant » (Mouchet et Seguinot, *Revue d'orthopédie*, novembre 1910). — Røederer (*Paris Médical*, novembre 1912). — Schwartz (*Paris Médical*, juin 1912). — Temporal (thèse de Lyon, 1912).

OBSERVATION VIII

Luxation ilio-ischiatique droite

G... A., 32 ans, travaillait le 25 mai 1907 sur un échafaudage, lorsque celui-ci se rompant il fut projeté sur le sol d'une hauteur de huit mètres. Amené aussitôt à l'hôpital.

Examen. On constate : 1° une fracture de l'olécrâne et

de l'humérus droits ; 2° l'existence du côté du membre inférieur droit d'une lésion qui met la cuisse en flexion, rotation interne et adduction. Ces deux dernières positions sont si marquées que la cuisse droite repose par sa face interne sur le membre sain qu'elle coupe à angle droit. Dès que l'on touche ce segment de membre, le blessé accuse une vive douleur ; on peut, dans une certaine mesure, augmenter la flexion sur le bassin, mais toute tentative d'allongement ou d'abduction du membre arrache des plaintes au patient.

Le diagnostic de luxation étant posé, on se contente de placer un pansement sommaire sur le membre supérieur fracturé, et on transporte le blessé à la salle d'opérations, où on l'étend sur un matelas à terre. Pendant que l'on procède à l'anesthésie, on pratique l'examen de la région qui montre : dans la région ischio-fessière, sous la peau, la tête fémorale et le trochanter qu'il est très facile de palper ; la tête est à peu près au niveau de la grande échancrure sciatique ; le trochanter, très en arrière de la ligne de Nélaton.

Réduction : la résolution étant totale, on saisit la cuisse luxée et on fait exécuter au genou un mouvement de rotation en haut et en dehors qui ramène le fémur dans une position sensiblement parallèle à l'axe du corps. La tête fémorale subit de son côté un mouvement inverse ; elle s'abaisse, se dirige en dehors et vient se mettre sur le bord de la cavité cotyloïde. A ce moment, passant l'avant-bras sous le genou fléchi du côté blessé, par un mouvement brusque on soulève le bassin du patient pendant que l'on fait exécuter à la cuisse un mouvement combiné de rotation en dehors. Par suite de cette manœuvre, la cuisse revient brusquement à sa position normale en même temps que l'on perçoit le bruit carac-

téristique produit par la rentrée de la tête dans la cavité cotyloïde. Les lésions du membre supérieur étant compliquées de plaie nécessitent le séjour au lit du blessé pendant près de deux mois ; aussi le patient, lorsqu'il commence à se lever, ne se doute-t-il en rien qu'il a eu une luxation de la hanche.

OBSERVATION IX

**Luxation de la hanche gauche en arrière. — Variété ischiatique.
Autopsie**

J... C., 55 ans, entre le 25 juin 1912, salle Duprat.

Renversé le 23 mai par une poutre qui a atteint la région latérale gauche du corps.

Examen : La jambe est fléchie sur la cuisse qui repose par sa face interne sur la cuisse droite ; le membre tout entier est en rotation interne. Raccourcissement de 5 cm. La ligne de Nélaton passe à la base du grand trochanter. La tête fémorale, facilement perçue, est située au-dessus de l'ischion derrière la cavité cotyloïde.

Aucune tentative de réduction n'a été faite.

Le 28 juin, le blessé est placé sur un matelas à terre et anesthésié. La luxation étant déjà ancienne, des manœuvres assez violentes sont nécessaires pour mobiliser le membre. A plusieurs reprises, la tête semble rentrer dans sa cavité, mais s'en échappe aussitôt. Après de nouvelles tentatives, la réduction paraît obtenue. Immobilisation dans une gouttière de Bonnet.

Dès sa sortie du sommeil chloroformique, le malade accuse des douleurs vagues dans la hanche, puis une

dyspnée intense s'installe qui amène la mort en quelques instants.

Autopsie : A l'autopsie, pratiquée le lendemain, on trouve un énorme épanchement sanguin déjà ancien ; les fessiers sont déchirés. La tête fémorale, complètement libérée de la capsule articulaire, était venue se créer une deuxième cavité au-dessus de la cotyloïde ; elle reposait sur du tissu musculaire qui, à ce niveau, avait déjà subi une dégénérescence fibreuse. Une membrane solide, insérée sur les $\frac{2}{3}$ du sourcil cotyloïdien, était tendue au-dessus de la cavité qu'elle recouvrait presque entièrement ; elle était constituée par les débris de la capsule et rendait toute réduction impossible.

Le ligament rond, arraché de la tête fémorale, comblait en partie la cavité cotyloïde avec laquelle il avait contracté de nombreuses adhérences.

L'examen des autres organes a montré des adhérences pleurales très étendues et des poumons congestionnés.

OBSERVATION X

Luxation coxo-fémorale gauche. — Variété ovalaire

M. A..., 15 ans, conduisait le moteur d'un moulin quand il eut son pantalon saisi dans une courroie de transmission.

Le membre inférieur gauche est en rotation externe complète et irréductible. La mensuration montre un allongement de 3 cm. A la palpation on sent en avant et en dedans la tête fémorale qui repose au niveau du trou

obturateur. Après anesthésie on saisit la cuisse qui est fléchie sur le bassin. Un mouvement d'abaissement combiné à une rotation en dehors amène la rentrée de la tête dans la cavité cotyloïde. Un fort claquement est perçu au moment de la réduction.

OBSERVATION XI

Luxation de la hanche droite en avant. — Variété pubienne

R... J..., 40 ans, soldat au ^{me} territorial, montait sur une échelle le 28 février 1915 pour aller chercher du bois. Un barreau de l'échelle s'étant brisé, il fit une chute de deux mètres environ, la cuisse en abduction. Impotence fonctionnelle absolue. Le blessé est évacué sur Belfort où nous l'examinons le 2 mars. Le membre inférieur droit repose sur sa face externe, le pied est complètement en dehors. Les mouvements spontanés sont impossibles; les mouvements provoqués déterminent une violente douleur et sont très restreints. Saillie assez notable avec déformation au niveau de l'arcade crurale. La palpation permet facilement de reconnaître la tête qui suit les légers mouvements imprimés au membre inférieur.

Du côté externe la hanche est déformée, on sent et on voit une cavité à la place et au-dessous du trochanter qui est reporté en haut.

La mensuration donne un raccourcissement minime de 1 cm. 1/2.

Le 3 au matin, le blessé est endormi jusqu'à résolution complète.

La flexion de la cuisse sur le bassin est impossible.

Une cravate est mise dans le pli de l'aîne ; deux aides font l'extension pendant que je pratique moi-même la contre-extension avec un aide en tirant sur la jambe. Nous sentons fort bien la tête se dégager ; on continue la traction et par un mouvement de rotation progressif nous dirigeons le pied en dedans ; la tête rentre brusquement avec le claquement caractéristique de la réduction.

CONCLUSIONS

Il ressort de nos observations que les luxations de la hanche sont des affections de l'âge adulte (dans 9 cas sur 11 les malades avaient de 28 à 55 ans) et particulièrement du sexe masculin; la chute semble constituer le traumatisme causal le plus commun (7 fois sur 11 cas).

L'abduction forcée ou la rotation en dehors se produisant dans la flexion de la cuisse sur le bassin, avec ou sans traumatisme de la région de la hanche, constitue le mécanisme habituel des luxations en avant; l'adduction et l'extension, celui des luxations postérieures.

Le principal obstacle à la réduction est la résistance de la partie de la capsule restée intacte et plus exactement l'inextensibilité du ligament en Y.

Dans les luxations anciennes la rétraction musculaire, les transformations fibreuses ou osseuses qui se produisent tant du côté de l'ancienne articulation que du côté de la tête fémorale, constituent les principaux obstacles à la réduction.

Même si la luxation est assez ancienne il faut insister sur la nécessité des manœuvres de douceur, qui donnent presque toujours de bons résultats, sans jamais perdre

de vue qu'il faut faire parcourir à la tête fémorale un chemin inverse de celui qu'elle a suivi. En soulevant le malade par sa cuisse fléchie, on a pu obtenir, dans une de nos observations, la rentrée de la tête.

Si ces méthodes échouent, mais alors seulement, on aura recours aux procédés sanglants que nous avons indiqués. L'emploi des mouffles et des manœuvres de force toujours aveugles doit être l'exception.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 31 mai 1921.

Le Recteur,
Jules COULET.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 31 mai 1921.

Le Doyen,
E. DERRIEN.

BIBLIOGRAPHIE

Nous avons fait des recherches dans les traités de chirurgie et les ouvrages de pathologie externe susceptibles de nous fournir des renseignements, parcouru la table des publications suivantes :

Bulletin de la Société de chirurgie.

Revue de chirurgie.

Presse médicale.

Gazette médicale.

Index medicus.

TILLAUX. — Anatomie topographique.

— Recherches expérimentales sur les luxations de la hanche.

— Chirurgie clinique.

HAMILTON. — Traité des fractures et luxations, 1884.

MALGAIGNE. — Traité des fractures.

LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie, t. 3.

TRÉLAT. — Semaine médicale, 1885.

Thèses de Paris de 1898 à 1918 :

MOUEZY, PINAULT, CHANTREL, MAZIOL.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.
